ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 28 (96). Rocznik III. | Kraków, 19. 7. 1942 r.

Redaktor: Dr. med. Werner Kroll, Kraków, Albrechtstr. 1 a (Krupnicza), tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza), tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Albrechtstraße 11 a (Krupnicza). — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— mies. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza), lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza).

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ: Str

Z PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU MEDYCYNY SĄDOWEJ I KRYMINALISTYKI
Dyr. Dr. med. W. V. Beck.

O orzecznictwie psychiatrycznym

Napisał starszy lekarz Dr. Hellmut Sopp zastępca Dyrektora, specjalista chorób nerwowych, Kraków.

Szereg pomyłek i błędnych ocen przy różnych orzeczeniach, składanych ostatnio o stanie umysłowym obwinionych i zasądzonych, skłania do omówienia techniki orzecznictwa psychiatrycznego i ustalenia najmniejszych wymogów, jakie musi się stawiać wypowiedzeniu lekarza, jako rzeczoznawcy.

Niestety my, lekarze, wskutek naszej przyrodniczej metody leczenia staliśmy się często obcy wiedzy prawniczej. Jest to tym bardziej godne pożałowania, że lekarzowi przydzielono bardzo ważne zadanie w pieczy prawnej, żeby tylko wspomnieć obok działalności lekarza jako rzeczoznawczej pomocy sędziego przede wszystkim o jego zadaniach w zakresie biologii kryminalnej. Prawo niemieckie, wypracowane w ciągu ostatnich lat, weszło tak bezpośrednio w życie narodu, jest tak swoiste i związane z rzeczywistym bytem człowieka, że i wiedzę prawną znowu można oznaczyć jako naukę biologiczną. Lekarzowi do dojrzałości osobistej potrzeba antropologii uzasadnionej filozoficznie; zagłębienie się w metodykę myślenia prawniczego zawsze będzie oznaczało wzbogacenie osobowości.

Każdy lekarz może się znaleść wobec konieczności pisemnego lub ustnego ustalenia swojej rzeczoznawczej opinii. Tak więc przede wszystkim musi on znać prawa i obowiązki rzeczoznawcy. Lekarz jako biegły sądowy zajmuje stanowisko doradcy w sprawach technicznych. Jednakże rozstrzygnięcie należy wyłącznie do sędziego. Rzecz oczywista, że rzeczoznawca jest zupełnie niezainteresowany wynikiem końcowym postępowania i musi być wolny od jakiegokolwiek osobistego zainteresowania osobą sprawcy lub poszkodowanego. Nie wolno mu zatem pisać w orzeczeniu: oskarżonego należy skazać, uwolnić, renta wypadkowa jest takiej to a takiej wysokości. Uwalnianie i skazywanie jest rzeczą sądu, rentę wypadkową ustalają zakłady ubezpieczeń.

Wiele błędów wynika z nieznajomości paragrafu 80 niemieckiej ordynacji procesowej karnej. Rzeczoznawca jest uprawniony do stawiania pytań w czasie rozprawy ustnej, może prosić sąd o przesłuchiwanie świadków i o przeprowadzenie szczególnych dochodzeń. Ponadto może on według § 81 o. p. k. postawić wniosek o umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym na czas do 6 tygodni. Często lekarze sądzą, że wskutek mianowania ich rzeczoznawcami są oni zobowiązani do wydawania osądu wiążącego i ostatecznego. Nikomu to nie uchybia, jeżeli przyzna swą niewłaściwość, w każdym razie jest to lepsze, niż wydawania osądów bez głębokiego przekonania i zrozumienia rzeczy. Jeżeli przywiązuje się wagę do jego właśnie zapatrywania, to po podaniu obiektywnych wyników badań pozostaje jeszcze droga wyjścia przez wypowiedzenie w ocenie: „non liquet".

Przed badaniem pożądane jest uzyskanie wglądu do aktów; przez to oszczędza się wielu nieporozumień. Wobec wszystkich podań badanego należy występować z pożądanym sceptycyzmem oraz troskliwie rozróżniać anamnezę obiektywną i subiektywną. Zapodania własne osoby, co do której ma się wydać orzeczenie, należy zawsze wyraźnie zaznaczyć jako takie. Nie trzeba osobno wspominać, że przeważnie pożądane jest pytanie lekarzy leczących uprzednio oraz właściwego urzędu zdrowia. Ponieważ należy się liczyć z oporami rozmyślnymi oraz nieświadomymi, zaleca się przy wypytywaniu zachowanie już z góry

przemyślanej taktyki. Stawiamy pytania krytyczne, chcemy uzyskać rzeczy, których nikt chętnie nie wydaje. Udaje się to tylko wówczas, jeżeli istnieje prawdziwie ludzki kontakt i wczucie się. Naturalnie nie wolno przy tym odgrywać roli przyjaciela ludzkości, lecz musi się zawsze pozostać objektywnym i rzeczowym obserwatorem. Ta pozbawiona przesądów postawa wobec niejednego przestępcy sprzeciwia się naszemu naturalnemu instynktowi, ale jest pożądana w interesie wykrycia prawdy. Przy badaniach należy powstrzymać się od wszelkiego oceniania i krytykowania.

Co do długotrwałości potrzebnych badań należy powiedzieć, że tylko bardzo doświadczony obejdzie się jednorazowym badaniem, że zawsze jest lepiej osobę, co do której ma się wydać orzeczenie, badać parokrotnie i w miarę możności korzystać z różnych pór dnia. Ustępująca depresja z częstymi wahaniami w ciągu dnia, może się pod wieczór wydawać, jako zupełnie zanikła lub osłabiona, podczas gdy zmiany uczuć żywotnych istnieją raczej przed południem.

Tak jak wielu chorych zachowuje powściągliwość co do danych obciążających pod względem biologiczno-dziedzicznym, tak wielu przestępców skłonnych jest do przesady. Tu zaleca się wielką powściągliwość przy przyjmowaniu dziedziczności, oraz wywiady w wymienianych zakładach, u nauczycieli i władz policyjnych. Wiele wniosków nasuwają świadectwa szkolne i inne dokumenty. Sumienne przedstawienie rozwoju indywidualnego może nasunąć więcej wniosków, aniżeli *status praesens*.

Dla osądzenia czynów karnych chorych umysłowo jest nieodzownie niezbędna znajomość osobowości prepsychotycznej. Poniższy (skrócony) schemat anamnezy wytrzymał próbę życiową:

Czy ojciec, matka żyją? Zawód? Choroby? Na co i w jakim wieku umarli?

Rodzeństwo? Czy chodziło do szkół dokształcających? Karane? Pobyt w zakładach? Wychowanie w zakładach dla przestępców nieletnich?

Omówienie krewnych pojedyńczo, nie pytać sumarycznie.

Wywiady co do osoby badanej:

Urodzenie? W dzieciństwie kurcze, moczenie mimowolne? Choroba angielska? Choroby dziecięce? Czy chodził do szkoły powszechnej? ile lat? czy powtarzał poszczególne klasy? dlaczego? Wychowanie w zakładach dla przestępców nieletnich?

Po szkole? Terminatorstwo? Egzamin czeladniczy? Służba wojskowa, służba pracy?

Wypadki? Jakiego rodzaju? Przy obrażeniach głowy — wstrząs mózgu? Utrata przytomności? jak długo? Krwotok z uszu, ust, nosa? Leczenie szpitalne? Poprzednie kary?

Przy pytaniach o nałogi nie powinno się zadawalać podaniem „umiarkowane“ lub „okolicznościowe używanie alkoholu“, lecz zawsze polecić podać dokładną ilość dzienną. U osób, które mogą być narażone w wyższym stopniu na zakażenie weneryczne, lepiej nie pytać, c z y były chore wenerycznie, lecz k i e d y się zaraziły. Jest to jedyny wyjątek od ścisłego zakazu stawiania pytań sugestywnych.

Związek małżeński? Dzieci? Poronienia?

Na co skarży się obecnie? Przedstawienie przez badanego zarzucanego czynu lub zdarzeń.

Po szczegółowym przeprowadzeniu wywiadów, które naturalnie muszą być dostosowane do wymogów poszczególnego przypadku, właściwe badanie rozpoczyna się od podstaw cielesnych. Tutaj nie zawsze będzie konieczne przytaczanie całego *status*, wystarczy zaznaczenie wyników pozytywnych. Ważne jest także podanie typu konstytucyjnego. Także niechętnie wyrzekniemy się badań serologicznych; przez to chroni się przed niemiłymi rozczarowaniami, albowiem często nieokreślony obraz chorobowy ulega zadziwiającemu wyjaśnieniu wskutek skrupulatnych badań płynu mózgowo-rdzeniowego. Stan nerwów należy podać możliwie wyczerpująco; tutaj ważne są też wyniki ujemne. Z powodu ścisłego związku z życiem wzruszeniowym należy dokładnie zbadać wegetatywny układ nerwowy i gruczoły dokrewne, żeby wspomnieć tylko o przeciwieństwie obrzęku śluzowatego i tyreotoksykozy.

Niezbyt wprawny w badaniach psychiatrycznych utrudnia sobie często ustalenie wyników badań przez to, że szuka wyrażeń fachowych, których nie zna dobrze. O wiele lepiej jest opisywać po prostu i swobodnie stan znaleziony, aniżeli używać wieloznacznych terminów technicznych. W szczególności należy się strzec przed wyrażeniami takimi jak „roztargniony“, „mrukliwy“ i „gadatliwy“, „gonitwa myśli“ i „opanowany“, które wszystkie właściwie już oznaczają diagnozę. Lepiej jest przytaczać dosłownie odpowiedzi badanego. Zawsze należy wychodzić ze stanu świadomości. Omawianie wszystkich fenomenów, które należy zbadać, jak przebieg spostrzegania, mowa, myślenie, przebieg wyobrażania, nastrój zasadniczy i stany wzruszeniowe, pamięć i zdolność zapamiętywania, zasób wiedzy zawodowej i życiowej, pobudliwość i spontaniczność, sfera seksualna, psychomotoryka i wiele innych — doprowadziłoby to nas za daleko. Także i lekarz praktyczny może przy pomocy swobodnego spostrzegania i obrazowania ustalić jasno *status* psychiczny, który każdemu później badającemu daje możność porównania dotychczasowych wyników badań. Z wywiadów, wyników badania cielesnego i duchowego, wynika wreszcie diagnoza lekarska. W przypadkach wątpliwych dołączy się krótkie rozważania różniczkowe.

W następującej potem najważniejszej części orzeczenia, w osądzie, należy powiązać wyniki medyczne z elementami prawniczymi. Nie da się to zrobić bez dokładnej znajomości odnośnych paragrafów. Poczytalności oskarżonego nie można zaprzeczyć, nie znając przesłanek § 51 niemieckiego kodeksu karnego. Tak np. w ustępie 2. tego paragrafu mówi się, że poczytalność zmniejszoną należy przyjąć tylko wówczas, jeżeli zdolność zrozumienia niedopuszczalności czynu, lub działania według tego zrozumienia, były z n a c z n i e zmniejszone wskutek zaburzenia świadomości, c h o r o b l i w e g o zaburzenia działalności umysłowej lub nieudolności umysłowej. Przez to psychopatię zupełnie wyraźnie wykluczono z zakresu poczytalności zmniejszonej.

W psychiatrii nie ma jakiegoś pojęcia choroby odmiennego od pozostałej medycyny: choroba istnieje tylko w cielesności, a chorobliwym zjawiskiem duchowym jest dla nas wyłącznie tylko takie zjawisko, którego istnienie jest uwarunkowane chorobliwymi zmianami ciała. Tak więc chorobliwymi są psychozy organiczne i toksyczne, schizofrenia i tymopatia.

Przez psychopatów rozumiemy takie nienormalne osoby, które cierpią wskutek swej nienormalności, albo wskutek których nienormalności cierpi społeczeństwo. Chodzi tu o ilościowe wahania skali zdrowotnej, o ilościowe różnice i odchylenia od prze-

ciętnej skali osobowości ludzkich, która stoi nam przed oczyma, ale nie da się bliżej określić. Ale przyczyną tutaj nie są zjawiska chorobowe w znaczeniu procesów organicznych, raczej chodzi tu o różnice i nienormalności morfologiczne i funkcjonalne. Tak więc nie istnieje powód rzeczowy, aby osoby nienormalne (psychopatyczne) nazywać chorymi. (K. Schneider).

Orzeczenie winno mieć następujący układ:

A. I. Wstęp.

Podanie urzędu domagającego się orzeczenia (liczba aktu!). Oznaczenie sprawy sądowej. Pytanie, na które ma odpowiedzieć orzeczenie, podanie materiałów, na jakich opiera się orzeczenie. Miejsce i czas własnych badań.

II. Historia choroby według aktów.

B. Własne stwierdzenia i obserwacje:

1. Zapodania osoby, co do której wydaje się orzeczenie.
2. Wywód badania.
3. Zmiany wyniku badania w toku obserwacji.
4. Rozpoznanie lekarskie i rozpoznanie różniczkowe.

III. Osąd.

Rzeczowe wytłumaczenie wyników badania w związku z normą prawną. Chodzi przy tym przeważnie o ocenienie związków przyczynowych, które albo się już zrealizowały i stąd należy je zrekonstruować, jak np. poczytalność, albo dopiero mają się zrealizować — odpowiedzialność.

Stosownie do naszego lekarskiego myślenia biologicznego rozróżniamy trzy stopnie węzła przyczynowego: „na pewno — prawdopodobnie — możliwe". Rozwój wydarzeń w przyszłości należy przedstawiać wyłącznie jako prawdopodobny lub możliwy.

Wskazane jest nie ograniczać się zawsze tylko do pytań postawionych przez sąd, lecz mówić wszystko, co by mogło być ważne dla wyrokowania.

O WĄTROBIE

Napisał: Dr Władysław Szumowski, Kraków.

(Ciąg dalszy)

W wielu wymienionych doświadczeniach zamiast znikającego glikogenu występuje tłuszcz; jest on jakby wyrazem lekkiego uszkodzenia miąższu, które mogłoby przejść w nekrobiozę, o ile by szkodliwe działanie dalej trwało. Ten jakby „antagonizm" między glikogenem a tłuszczem Ricker objaśnia tym, że przemiana materii w komórce wątrobowej zależy od szerokości naczyń krwionośnych, regulowanej przez układ naczynioruchowy i od szybkości, z jaką krew przez wątrobę przepływa (Löffler i Nordmann).

Wyczerpanie zapasów glikogenu w różnych zatruciach (fosfor, strychnina, pilokarpina, toluilenodwuamina, fenilohydrazyna) należy uważać dzisiaj do pewnego stopnia za usposobienie do patologicznej przemiany materii. Ciężkim stłuszczeniom po niektórych zatruciach (narkoza, grzyby trujące) towarzyszy zanik glikogenu. Jednakże jest rzeczą wątpliwą, czy istnieje zasadniczy antagonizm między gromadzeniem glikogenu a tłuszczu, tym bardziej że w jednej i tej samej komórce można niekiedy stwierdzić histochemicznie obecność obu ciał, a więc widocznie glikogen i tłuszcz nawzajem się nie wykluczają.

Zagadnienie patologicznych stłuszczeń wątroby nie posunęło się prawie naprzód w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Bergmann skarży się, że do tej pory tak jakby wcale nie istniała „klinika stłuszczonej wątroby".

Wątrobę stłuszczoną spotykamy w chronicznym alkoholiźmie oraz w tych wszystkich stanach kachektycznych, w których cały zapas glikogenu w wątrobie zostaje zużyty, więc w szczególności w suchotach płucnych.

Warunki do gromadzenia tłuszczu w wątrobie są nader liczne. Zależą one od składu pożywienia, od stanu trawienia tłuszczu w jelitach, od ich rozkładu w żyle wrotnej i w naczyniach mleczowych, a więc od podaży tłuszczu w naczyniach włoskowatych wątroby, od udziału komórek gwiaździstych, które same również mogą ulec stłuszczeniu np. w cukrzycy itd.

Brak krwi w naczyniach włoskowatych i brak tlenu może prowadzić do silnego stłuszczenia i dalej do ciężkich spraw nekrobiotycznych.

W anemii złośliwej znane są rozległe t. zw. centralne anoksemiczne stłuszczenia zrazików. Zresztą stłuszczenia centralne zdarzają się także i w stanach fizjologicznych, np. Pfuhl widział je w wątrobie kociąt, które jeszcze ssały. Rössle sądzi, że stłuszczenia, jakie się stwierdza naokoło nekrotycznych odcinków wątroby, mają swe źródło w niedokrwistości tych miejsc, ponieważ naczynia włoskowate są tutaj dla tętniczej krwi zamknięte.

Mechanizm tego zamknięcia jest niejasny, jakkolwiek zarówno dobre preparaty mikroskopowe, jak i obserwacja za życia potwierdzają, że jest ono możliwe.

Przy wątrobie stłuszczonej z tuczenia sprawa jest prosta: tutaj przepełnione tłuszczem i powiększone komórki nabłonkowe ze wszystkich stron naciskają na naczynia włoskowate, wskutek czego powstaje w nich mechaniczna niedokrwistość, a w następstwie tego utrudnione spalanie nagromadzonego tłuszczu w komórkach.

Wskazanie terapeutyczne w odtłuszczeniu stłuszczonej wątroby wymagałoby w ten sposób przekrwienia. I rzeczywiście na drodze dedukcji doszliśmy do stosowania w stanach podobnych decholiny. Löwy wykazał, że decholina, wywołując sztuczne przekrwienie wątroby, przeciwdziała stłuszczeniu wątroby u zwierząt eksperymentalnych, które poddano działaniu rozrzedzonego powietrza.

Stłuszczenie komórek wątrobowych niekiedy jest tylko przejściem do stanów nekrobiologicznych, w których komórki obumierają. Nazywamy te stany krótko — nekrobiozą. Słabsze stopnie jakiegoś określonego zatrucia prowadzą tylko do stłuszczenia, np. w słabszym wstrząsie anafilaktycznym (Borsigli), silniejsze — wywołałyby coraz silniejsze stłuszczenie, prawdziwe „zwyrodnienie tłuszczowe", a więc po części już nekrobiozę. Dlatego działanie wielu jadów wątrobowych u człowieka daje obrazy, które wahają się między stłuszczeniem drobnokroplistym, grubokroplistym i żółtym zanikiem wątroby. Dotyczy to zatruć fosforem i arsenem, które

dzisiaj stały się już co prawda rzadkie, oraz ważniejszych praktycznie zatruć chloroformem i grzybami.

Charłactwo po przewlekłych zakażeniach (jak gruźlica z infekcją mieszaną) po sprawach nowotworowych, (połączonych z rozpadem), prowadzi z reguły do silnego stłuszczenia wątroby. Terbrüggen skłonny jest przypuszczać, że jest ono wyrazem wyczerpania zapasów witaminy C, ponieważ przy eksperymentalnym szkorbucie widział on silnie zaznaczone stłuszczenia komórek miąższu oraz komórek gwiaździstych w wątrobie, a przy tym stwierdził, że w zatruciu fosforem kwas askorbinowy powstrzymuje stłuszczenie tych komórek.

Załuguje na uwagę stłuszczenie wątroby w hypertyreozie, w szczególności w chorobie Basedowa, która jest jej wyrazem. O wątrobie w chorobie Basedowa wiadome było od dawna, że zawiera mało glikogenu, albo go nawet nie ma wcale, natomiast okazuje mniej lub więcej posunięte stłuszczenie. Haban mówi nawet wręcz o *hepar basedovianum*. Stawiano to zjawisko obok stłuszczeń wątroby w sprawach zastoinowych pochodzenia sercowego i łączono z zaburzeniami krążenia w chorobie Basedowa. Jednakże okazało się dzisiaj, że sprawa ma pochodzenie hormonalne. Stłuszczenie komórek, obok braku glikogenu, należy tu uważać za wyraz hepatozy, która w cięższych przypadkach może przejść nawet w nekrobiozę, dając obraz żółtego zaniku wątroby. W niektórych znowu przypadkach, nie wiadomo dlaczego wytwarza się *hepatitis serosa,* najczęściej pod torebką i tam równocześnie z zanikiem miąższu prowadzi do marskości. Eksperymentalnie za pomocą tyroksyny można wywołać u królika zmiany nekrotyczne w wątrobie (Gerlei).

Drugim przykładem wpływu hormonów na stłuszczenie wątroby są objawy dysgenitalizmu. Stłuszczenie wątroby w ciąży lub po ciąży leży na granicy fizjologii i patologii; dalej spotykamy stłuszczenie w okresie przekwitania, po kastracji i przy *dystrophia adiposogenitalis,* częściowo jako zjawisko hypogenitalnej otyłości. Ocenić obecność i znaczenie białka w komórce wątrobowej jest jeszcze trudniej, niż glikogenu i tłuszczu. Trudno jest powiedzieć, co z białka należy do struktury komórki, a co jest nagromadzone jako zapas. Niewątpliwie można doprowadzić eksperymentalnie do magazynowania białka w wątrobie. Komórki są wtedy powiększone, ale nie w tym stopniu jak przy stłuszczeniu. Podczas głodu komórki się zmniejszają, a podobne do zatok naczynia włoskowate między beleczkami rozszerzają się. Terbrüggen znalazł, że absolutna ilość białka w wątrobie powiększa się: w krupowym zapaleniu płuc, w ropniaku, w posocznicy. Ponieważ w tych chorobach występuje jak wiadomo ostre zwyrodnienie mięższowe (niem. trübe Schwellung) należy się zastanowić, czy obie sprawy nie są równoległe. Wszak już Hoppe-Seyler stwierdził w przypadkach „trübe Schwellung" wątroby znaczne powiększenie ilości białka.

Już wyżej była wzmianka o tym, że sprowadzanie zmian funkcjonalnych wątroby do zmian morfologicznych jest możliwe w stopniu tylko bardzo ograniczonym. Ale i odwrotnie, niekiedy mamy przed oczami niemałe zmiany anatomiczne, a objawów klinicznych nie było (Rössle). Czynnościowe załamanie się wątroby występuje niełatwo. Zanik miąższu i marskość wątroby mogą być już dobrze posunięte, a jednak objawy ani podmiotowe, ani przedmiotowe nie występują. Przy ostrym żółtym zaniku wątroby utrata miąższu musi zajść już bardzo daleko, zanim nastąpi śmierć. Słowem wątroba pracuje w zwykłych warunkach z tak wielką rezerwą, jak żaden inny narząd.

4. Wątroba a nerki.

Wzajemny stosunek schorzeń wątroby i nerek jest w chwili obecnej tematem spornym, co do którego nie ma zgody w piśmiennictwie. Klinicyści i patologowie francuscy, najwięcej Cornil, Vague i Olmer wprowadzili pojęcie *hepatonephritis,* schorzenie, które obejmowałoby równocześnie wątrobę i nerki. Dérot i Dérot-Piequet wydali w r. 1937 nawet monografię pod tytułem „Les hépatonephrites", w której wywodzą, że pojęcie *hepatonephritis* jest jedną z ważniejszych zdobyczy współczesnej medycyny. Zespół ten jakoby występował szczególnie często podczas I. wojny światowej.

W zespole tym klinicznie występuje żółtaczka, krwawienia, objawy nerwowe, zaburzenia w trawieniu, zboczenia w przemianie materii. Na stole sekcyjnym stwierdza się w wątrobie wszystkie wyżej opisane objawy degeneracyjne i zapalne w zmiennym układzie i natężeniu, prócz tego równocześnie w nerkach zmiany nefrotyczne i nefrytyczne.

Przypuszczano z początku, że przyczyną zespołu wątrobowo-nerkowego jest z reguły spirochetoza, jak w chorobie Weila, ale, zdaniem francuskich klinicystów, i inne zakażenia oraz zatrucia mogą ten sam zespół wywołać.

Na kongresie „niewydolności nerkowej", jaki się odbył w Evian w 1938 r., Pasteur Vallery-Radot i Dérot szeroko omawiali jadowitość nefrotoksyn dla wątroby i hepatotoksyn dla nerek oraz zastanawiali się nad tym, czy i o ile jedna i ta sama przyczyna toksyczna mogłaby być szkodliwą równocześnie dla wątroby i dla nerek, czy więc pojęcie „syndrome hépato-rénal" jest usprawiedliwione.

Rössle skłonny jest raczej odrzucić koncepcję francuską. Uważa, że zarówno pod względem klinicznym, jak anatomicznym i etiologicznym obraz *hepatonephritis* byłby bardzo niestały. Między zmianami w wątrobie i nerkach istnieje tutaj tylko bardzo powierzchowna analogia, a prócz tego równocześnie przecież i inne narządy ulegają także schorzeniu, jak śledziona, serce.

(Dokończenie nastąpi)

Bekanntmachungen und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

BEKANNTMACHUNG
des Leiters der Abteilung Gesundheitswesen in der Regierung des Generalgouvernements vom 20. Mai 1942

(Schluß)

450/Org.	Embran, 2 ccm Amp. SÄCHS. SERUMWERK, Dresden	3, 24 St.
451/Org.	Lutren, 2 mg, Amp. BAYER, Leverkusen	3 St.
452/Org.	Lutren, 5 mg, Amp. BAYER, Leverkusen	3 St.
453/Org.	Preloban, 25 RfE, Amp. BAYER, Leverkusen	3 St.
454/Org.	Preloban, 5 RfE, Dragees BAYER, Leverkusen	30 St.
455/Org.	Embran, fl. SÄCHS. SERUMWERK, Dresden	1×20 ccm 5×20 ccm
457/Org.	Prolan ad us. vet. Trocken-Amp. BEHRINGWERKE, Leverkusen	5×50 RE +5×2 ccm Aq. dest. 2×125 RE + 2×5 ccm Aq. dest. 10×125 RE + 10×5 ccm Aq. dest. 2×250 RE + 2×5 ccm Aq. dest. 10×250 RE + 10×5 ccm Aq. dest.
458/Org.	Vaduril, Amp. BAYER, Leverkusen	10, 50 St.
459/Org.	Vaduril, Tabl. BAYER, Leverkusen	60 St.
460/Org.	Prolan-Öl ad us. vet., fl. BEHRINGWERKE, Leverkusen	10, 50 ccm
461/Org.	Progynon, d-p., 1 mg, Amp. SCHERING A. G., Berlin	5 St.
462/Org.	Progynon, d-p., 5 mg, Amp. SCHERING A. G., Berlin	1, 5 St.
463/Org.	Omnadin ad us. vet., Amp. BEHRINGWERKE, Leverkusen	1, 5 St.
464/Org.	Omnadin ad us. vet., fl. BEHRINGWERKE, Leverkusen	5×5 ccm

Obwieszczenia i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

OBWIESZCZENIE
Kierownika Wydziału Spraw Zdrowotnych w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa z dnia 20 maja 1942

(Dokończenie)

450/Org.	Embran 2 ccm, ampuł. SÄCHS. SERUMWERK, Drezno	3, 24 szt.
451/Org.	Lutren 2 mg, ampuł. BAYER, Leverkusen	3 szt.
452/Org.	Lutren 5 mg, ampuł. BAYER, Leverkusen	3 szt.
453/Org.	Preloban, 25 j. dojrz. ampuł. BAYER, Leverkusen	3 szt.
454/Org.	Preloban, 5 j. dojrz. drażet. BAYER, Leverkusen	30 szt
455/Org.	Embran, płyn SÄCHS. SERUMWERK, Drezno	1×20 ccm 5×20 ccm
457/Org.	Prolan ad us. vet., suche amp. BEHRINGWERKE, Leverkusen	5×50 j.sz. + 5×2 ccm Aq. dest. 2×125 j.sz. + 2×5 ccm Aq. dest. 10×125 j.sz. + 10×5 ccm Aq. dest. 2×250 j.sz. + 2×5 ccm Aq. dest. 10×250 j.sz. + 10×5 ccm Aq. dest.
458/Org.	Vaduril, ampuł. BAYER, Leverkusen	10, 50 szt.
459/Org.	Vaduril, tablet. BAYER, Leverkusen	60 szt.
460/Org.	Prolan-olej ad us. vet., płyn BEHRINGWERKE, Leverkusen	10, 50 ccm
461/Org.	Progynon, d-p. 1 mg ampuł. SCHERING A. G., Berlin	5 szt.
462/Org.	Progynon, d-p. 5 mg ampuł. SCHERING A. G., Berlin	1, 5 szt.
463/Org.	Omnadin ad us. vet., ampuł. BEHRINGWERKE, Leverkusen	1, 5 szt.
464/Org.	Omnadin ad us. vet., płyn. BEHRINGWERKE, Leverkusen	5×5 ccm

465/Org. Eviabit
ad us. vet., fl. 100 ccm
BEHRINGWERKE, Leverkusen

466/Org. Hypophysin „stark“
ad us. vet., fl. 3 ccm 1, 10 St.
1 ccm = 10 VE 10 ccm 1, 5 St.
BEHRINGWERKE, Leverkusen

467/Org. Cortin, fl. 10 ccm
DEGEWOP, Berlin

468/Org. Folliculin
Menformon, 1 mg, fl. 10 ccm
DEGEWOP, Berlin

Krakau, den 20. Mai 1942.

Der Leiter
der Abteilung Gesundheitswesen
in der Regierung des Generalgouvernements
im Auftrage:
— *Dr. Weber*
Pharmazierat.

465/Org. Eviabit
ad us. vet., płyn. 100 ccm
BEHRINGWERKE, Leverkusen

466/Org. Hypophysin „silny“
ad us. vet., płyn. 3 ccm 1, 10 szt.
1 ccm — 10 j. v. 10 ccm 1, 5 szt
BEHRINGWERKE, Leverkusen

467/Org. Cortin, płyn 10 ccm
DEGEWOP, Berlin

468/Org. Folliculin
Menformon 1 mg, płyn 10 ccm
DEGEWOP, Berlin

Kraków, dnia 20 maja 1942.

Kierownik
Wydziału Spraw Zdrowotnych
w Rządzie Gen. Gubernatorstwa

z p. (—) *Dr. Weber*
Radca farmacji

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY
w Krakowie
na dzień 19. VII. 1942

Lekarze ogólni:
Lek. Meyerowa Maria, Kołłątaja 2
Lek. Michałkiewicz Witold, Sebastiana 30
Lek. Mierowski Jan, Czysta 1
Lek. Miklaszewski Wiktor, Pierackiego 7
Lek. Miś Marian, Mogilska 24
Dr. Morawski Karol, Karmelicka 45
Dr. Morus Adam, Warneńczyka 3
Dr. Motylewicz Antoni, Hetmańska 6, Ludwinów
Lek. Mruk Józef, Legionów 14

Lekarze chorób kobiecych:
Dr. Szlank Józef, Sebastiana 10
Dr. Szlapakówna Helena, Garbarska 12
Dr. Ślączka Zofia, Zwierzyniecka 11

Lekarze chorób dziecięcych:
Dr. Spoczyńska Jadwiga, Szlak 14 b.
Dr. Stawiarska Gabriela, Pierackiego 17

Chirurdzy:
Dr. Sznajder Włodzimierz, Starowiślna 4
Dr. Trella Julian, Orzeszkowej 9

Dermatolog:
Dr. Małkiewicz Edward, Blich 3

Neurolog:
Lek. Gérard de Festenburg Er., Siemiradzkiego 12

Lekarze dentyści:
Lek. Kozakowa Olga, Dietla 105
Lek. Brodkiewiczowa Zofia, Wielopole 6
Lek. Chadżijew Donczo Iliew, Lelewela 17

Uprawniony technik dentystyczny:
Piżl Stanisław, Powiśle 2

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY
w Krakowie
na dzień 26. VII. 1942

Lekarze ogólni:
Dr. Müller Filip, Topolowa 46
Lek. Naskalski Dionizy, A. 29 Listopada 70
Lek. Niewiadomski Stanisław, Prażmowskiego 34
Lek. Nikiel Andrzej, Topolowa 18
Dr. Niżegorodcew Maria, Szwedzka Boczna 12
Dr. Nowakowa Janina, Floriańska 47
Dr. Onyszkiewicz Józef, Anczyca 9
Lek. Osetek Tadeusz, Smoleńsk 27
Lek. Osiecki Marian, Lubicz 26

Lekarze chorób kobiecych:
Dr. Tarczałowicz Władysław, Pl. Dominikański 2
Dr. Turyna Eugeniusz, Kujawska 16
Dr. Wiśniewski Józef, Szewska 5

Lekarze chorób dziecięcych:
Dr. Szenic Marian, Starowiślna 35
Dr. Chudoba Antoni, Starowiślna 18

Chirurdzy:
Dr. Wałczyński Zygmunt, Krakowska 13
Dr. Wilimowski Maksymilian, Kremerowska 12

Dermatolog:
Dr. Marcyaniak Franciszek, Potockiego 2

Neurolog:
Dr. Golonka Kazimierz, Mikołajska 9

Lekarze dentyści:
Dr. Michalski Wiktor, Barska 7
Lek. Aumüller Irena, Bronowicka 37
Lek. Jaśkiewicz Jan, Floriańska 19
Lek. Urbanowicz Zofia, Barska 37 a

Uprawniony technik dentystyczny:
Tarczydło Jan, Szlak 23

Druk: Z. K. W. Kraków, Universitätsstraße 19a